

VU Research Portal

Preventie van angststoornissen

Cuijpers, P.

published in

Handboek angststoornissen
2011

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Cuijpers, P. (2011). Preventie van angststoornissen. In A. J. L. M. van Balkom, D. Oosterbaan, S. Visser, & I. M. van Vliet (Eds.), *Handboek angststoornissen* (pp. 470-475). De Tijdstroom.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Preventie van angststoornissen

Pim Cuijpers en Peter Meulenbeek

- 1 Inleiding
 - 2 Wat is preventie?
 - 3 Universele preventie
 - 4 Selectieve preventie
 - 5 Geïndiceerde preventie
 - 6 Discussie
- Literatuur

In: Van Balkom AJLM, Oosterbaan D, Visser S, van Vliet IM (red). Handboek Angststoornissen. Utrecht : De Tijdstroom, 2011.

1 Inleiding

Als we het over preventie van angststoornissen hebben, kijken we meer vanuit een volksgezondheidsoptiek dan vanuit een klinisch perspectief. Vanuit de optiek van de volksgezondheid kijken we naar het belang van een aandoening voor de gezondheid van de gehele bevolking en niet zozeer vanuit de optiek van een individu, of zoals bij een klinisch perspectief, hoe ernstig de problematiek van dit individu is en welke behandeling het beste aangeboden kan worden. Vanuit volksgezondheidsoptiek vormen angststoornissen een enorm probleem. Op dit moment staan angststoornissen in Nederland op de tweede plaats van ziekten met de hoogste ziektelast, direct na coronaire hartziekten (Meijer e.a., 2006). Deze hoge ziektelast wordt mede veroorzaakt door de hoge prevalentie van angststoornissen. De economische kosten van angststoornissen zijn eveneens hoog en worden geschat op 405 miljoen euro per miljoen inwoners per jaar (Smit e.a., 2006).

Een belangrijke reden waarom preventie van angststoornissen prioriteit verdient, is dat bestaande behandelingen slechts beperkte mogelijkheden hebben om de ziektelast van angststoornissen te reduceren. In Australische modelleringsstudies wordt geschat dat bestaande behandelingen momenteel slechts 13% van de ziektelast van angststoornissen wegnemen (Andrews e.a., 2004). In ideale omstandigheden, dat wil zeggen: wanneer iedereen met een angststoornis behandeld zou worden en dan ook nog met een evidence-based behandeling, dan nog zouden de bestaande behandelingen de ziektelast van angststoornissen niet meer dan 49% omlaag kunnen brengen (Andrews e.a., 2004). Dat betekent dat ruim de helft van de ziektelast niet opgelost kan worden met bestaande behandelingen.

Preventie van angststoornissen is dan ook niet alleen belangrijk omdat het een enorm volksgezondheidsprobleem betreft, maar ook omdat bestaande behandelingen slechts in beperkte mate dit probleem kunnen oplossen. Wellicht biedt preventie nieuwe mogelijkheden om de ziektelast van angststoornissen verder te reduceren en het ontstaan van deze stoornissen te voorkomen of uit te stellen. In dit hoofdstuk geven we een overzicht van wat er op dat terrein ontwikkeld is en wat de effecten daarvan zijn. We beperken ons daarbij tot de preventie van angststoornissen bij volwassenen van achttien jaar en ouder.

2 Wat is preventie?

Preventieve interventies zijn interventies die erop zijn gericht om ernstige psychische problemen te voorkomen. In Nederland is het lang gebruikelijk geweest om een onderscheid te maken tussen primaire preventie (het voorkomen van ziekte door het wegnemen van de oorzaken) en secundaire preventie (vroegtijdige opsporing en behandeling). Bij primaire preventie richt men zich op populaties die nog geen aandoening hebben, bij secundaire preventie op populaties die al wel een aandoening hebben, maar waarbij de diagnose nog niet is vastgesteld.

Voor preventieve interventies gericht op psychische problemen is een aangescherpte definitie ontwikkeld (Mrazek & Haggerty, 1994). Daarbij worden alleen interventies die zijn gericht op mensen die niet voldoen aan de DSM-criteria voor een angststoornis, gezien als preventie. Interventies gericht op mensen met een bestaande stoornis worden gezien als behandeling, ook als het gaat om een beginnende stoornis of als die stoornis opgespoord is met screening. In dit interventiespectrum worden drie vormen van preventie onderscheiden.

- *Universele preventie* is op basis van een campagne gericht op benaderd worden, om
 - *Selectieve preventie* is het ontwikkelen van een bijvoorbeeld om men blootstaan aan een cl werkloosheid.
 - *Geïndiceerde preventie* psychische stoornis, of die biologische ke aandoening. Waar bi geïndiceerde preven
- Er is slechts in beperk angststoornissen. In c Belangrijk is dat de be van preventie zoals d studies niet voldeden van het onderzoek er angststoornissen vol ook daadwerkelijk pr

3 Universele preventie

Er is nog weinig ont angststoornissen. M brochures, folders er mensen die al angst geïndiceerde prever 'Kopzorgen?'. Het pr doorbreken en richt onder meer gebruik depressieve klachte effecten van de inte

4 Selectieve preventie

Er bestaan verschil wetenschappelijke bij mensen die een het Engels: *anxiety* directe sociale, son Bijvoorbeeld, men:

- *Universele preventie* is gericht op de algemene bevolking of een deelpopulatie die niet geïdentificeerd is op basis van een individuele risicofactor. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om massamediale campagnes gericht op de gehele bevolking, of schoolgerichte interventies, waarbij alle leerlingen benaderd worden, ongeacht hun risicostatus.
- *Selectieve preventie* is gericht op individuen of een subgroep van de populatie waarbij het risico op het ontwikkelen van een psychisch probleem aanzienlijk groter dan gemiddeld is. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om mensen die recent een ingrijpende levensgebeurtenis hebben meegemaakt of blootstaan aan een chronische stressor zoals echtscheiding, rouw, zorgen voor een ziek familielid, werkloosheid.
- *Geïndiceerde preventie* is gericht op individuen die niet voldoen aan diagnostische criteria voor een psychische stoornis, maar die wel reeds beperkte symptomen hebben die voorafgaan aan de stoornis, of die biologische kenmerken hebben die duiden op een predispositie voor een psychiatrische aandoening. Waar bij selectieve preventie nog geen problemen aanwezig hoeven te zijn, is dat bij geïndiceerde preventie wel het geval.

Er is slechts in beperkte mate onderzoek verricht naar de effecten van preventie van angststoornissen. In de volgende drie paragrafen zullen we daar een overzicht van geven. Belangrijk is dat de betreffende preventieve interventies goed aansluiten op de definitie van preventie zoals die hiervoor beschreven is. Dat wil zeggen dat de deelnemers aan de studies niet voldeden aan de diagnostische criteria voor een angststoornis bij de start van het onderzoek en dat ook gekeken is hoe groot na verloop van tijd de incidentie van angststoornissen volgens diezelfde diagnostische criteria is. Alleen zo weten we zeker dat het ook daadwerkelijk preventie (of uitstel) van nieuwe gevallen betreft.

3 Universele preventie

Er is nog weinig ontwikkeld en onderzocht op het gebied van universele preventie van angststoornissen. Meestal bestaan dergelijke interventies uit voorlichtingsactiviteiten via brochures, folders en websites. Veelal zijn dergelijke interventies voornamelijk gericht op mensen die al angstklachten hebben en zij behoren dan feitelijk ondergebracht te worden bij geïndiceerde preventie. Een interventie die hier genoemd kan worden is de publiekscampagne 'Kopzorgen?'. Het project had als doel het taboe rond angst- en depressieve klachten te doorbreken en richtte zich op het algemene publiek in de gemeente Wijk bij Duurstede. Er werd onder meer gebruikgemaakt van een folder met een zelftest voor betrokkenen met angst- en depressieve klachten en een brochure over angst voor mensen met matige angstklachten. De effecten van de interventie zijn niet bekend.

4 Selectieve preventie

Er bestaan verschillende vormen van selectieve preventie van angststoornissen die in wetenschappelijke studies onderzocht zijn. Ten eerste zijn er enkele onderzoeken uitgevoerd bij mensen die een hoge gevoeligheid hebben voor angst. Gevoeligheid voor angst (in het Engels: *anxiety sensitivity*) wordt gedefinieerd als de angst dat sensaties van angst directe sociale, somatische of psychologische gevolgen kunnen hebben (Maltby e.a., 2005). Bijvoorbeeld, mensen die gevoeliger zijn voor angst denken eerder dat een versnelde hartslag

een signaal is voor een aankomende hartaanval, of dat nervositeit een voorbode van een ernstige psychische stoornis is. In een tweetal onderzoeken is onderzocht of mensen die hoog scoren op gevoeligheid voor angst een preventieve interventie aangeboden krijgen, zij minder angststoornissen ontwikkelen dan mensen die deze interventie niet krijgen. In één studie (Gardenschwartz & Craske, 2001) kregen mensen met een hoge angstgevoeligheid en subklinische paniek een workshop van vijf uur aangeboden. Tijdens deze workshop kregen zij psycho-educatie, leerden zij de principes van cognitieve en gedragsinterventies, waaronder ademhalingsoefeningen en cognitieve herstructurering en exposure. De workshop had een psycho-educatieve opbouw. In vergelijking met mensen op een wachtlijst hadden de workshopdeelnemers na een halfjaar significant minder vaak een paniekstoornis ontwikkeld dan mensen die op de wachtlijst stonden voor zo'n workshop (1,8% versus 13,6%). In een andere studie (Schmidt e.a., 2007) ontvingen mensen die hoog scoorden op angstgevoeligheid een specifieke training in het omgaan daarmee. In vergelijking met een controlegroep verminderde hun angstgevoeligheid aanzienlijk en significant. Hoewel er ook een verschil in incidentie van angststoornissen was, was dit verschil niet significant (mogelijk doordat er onvoldoende statistische power was om een significant effect aan te tonen).

Daarnaast zijn er enkele studies uitgevoerd gericht op mensen met een verhoogd risico op het krijgen van een depressieve stoornis (vanwege lichte tot matige depressieve klachten volgens een depressievragenlijst of een hoge score op de ASQ; zie hierna). Daarbij was de interventie behalve op preventie van depressie ook gericht op preventie van angststoornissen (Seligman e.a., 1999; 2007). In één studie werden studenten die hoog scoorden op de *attributional style questionnaire* (ASQ; Seligman e.a., 1979; Peterson e.a., 1982) onderzocht. De ASQ meet hoe een respondent gebeurtenissen interpreteert. 231 respondenten werden gerandomiseerd over een experimentele groep waarin deelnemers in een cursus cognitief-gedragstherapeutische technieken leerden, of geen interventie. Er werd gevonden dat na drie jaar de incidentie van gegeneraliseerde angststoornis in de experimentele groep significant lager was dan in de controlegroep. In een vergelijkbare studie (N = 240) werden studenten met subklinische depressieve klachten gerandomiseerd naar een cognitief-gedragstherapeutische workshop of een controlegroep (Seligman e.a., 2007). In deze studie werden echter geen effecten gevonden op de incidentie van depressie of angststoornissen.

5 Geïndiceerde preventie

Een belangrijke vorm van preventie van angststoornissen is gericht op mensen die subklinische angstklachten hebben (geïndiceerde preventie). Het idee bij subklinische klachten is dat deze mensen weliswaar (nog) niet aan de criteria voor een angststoornis voldoen, maar er wel last van hebben en gemotiveerd zijn om hier wat aan te doen. Deze mensen kunnen in de prodromale fase naar een stoornis toe verkeren. De preventieve interventie is er dan op gericht om deze klachten te verminderen met een aanpak die doorgaans gebaseerd is op succesvolle psychologische behandelingen van de stoornis. Deze aanpak is met succes toegepast bij de preventie van depressieve stoornissen (Cuijpers e.a., 2008), en er is geen reden om te veronderstellen dat eenzelfde aanpak niet ook bij angststoornissen mogelijk zou kunnen zijn. Een belangrijke vorm van preventie van angststoornissen bij volwassenen in Nederland betreft de psycho-educatieve cursus 'Geen paniek' (Meulenbeek e.a., 2005). Dit is een groepscursus bestaande uit acht wekelijkse sessies van twee uur. Elke groep heeft zes tot

twaalf deelnemers. In kunnen leren begrijpe controle te houden. De aard van angst en par stressmanagementva van effectieve manier spanning te verminder van dysfunctionele co lichamelijke sensaties voor lichamelijke sen vermijding en het ha Deze cursus wordt op instellingen in Neder In een recente geranc aan de cursus 'Geen p paniekstoornis (53,9% criteria voor een (mil In die zin is deze curs kwam naar voren da mensen zonder een j in de komende drie r dat de cursus grote e panieklachten mee maanden na de curs Een andere interess door Swinson en col een afdeling Spoede vastgesteld door een 40% te voldoen aan werden at random t over de principes va horen kreeg dat er g het aantal panieka experimentele groe Het meeste onderz één recente studie : angststoornis (Hig van piekeren werd of een groep die ge cognitief-gedragstl progressieve spiere in de interventiegr ontwikkeld tegenc

oorbode van een
t of mensen die
geboden krijgen, zij
niet krijgen. In één
ngstgevoeligheid en
e workshop kregen zij
venties, waaronder
workshop had
rtlijst hadden de
kstooris ontwikkeld
is 13,6%). In een andere
stgevoeligheid een
rolegroep verminderde
schil in incidentie
dat er onvoldoende

verhoogd risico op het
ieve klachten volgens
was de interventie
oornissen (Seligman
e *attributional style*
e ASQ meet hoe een
ndomiseerd over
ragsttherapeutische
ar de incidentie
it lager was dan in
1 met subklinische
euthetische workshop of
en effecten gevonden

mensen die subklinische
klachten is dat deze
oen, maar er wel
sen kunnen in de
tie is er dan op gericht
erd is op succesvolle
es toegepast bij
en reden om te
elijk zou kunnen zijn.
en in Nederland
). Dit is een
ep heeft zes tot

twaaft deelnemers. In deze cursus leren deelnemers hoe ze de oorzaken van hun paniek beter kunnen leren begrijpen en welke technieken ze toe kunnen passen om hun angst onder controle te houden. De cursus omvat psycho-educatie over de psychologische en fysiologische aard van angst en paniek; leefstijlveranderingen om de fysieke conditie te versterken; stressmanagementvaardigheden ter voorkoming van constante spanning door het aanleren van effectieve manieren om met stress om te gaan; ontspanningsoefeningen om fysieke spanning te verminderen; cognitieve herstructurering door het uitdagen en corrigeren van dysfunctionele cognities over paniek en angst; interoceptive exposure (oefeningen die lichamelijke sensaties opwekken, zoals anderhalve minuut rennen op de plaats) zodat de angst voor lichamelijke sensaties vermindert; in-vivo-exposure ter vermindering van agorafobische vermijding en het hanteren van veiligheidsgedrag; en technieken gericht op terugvalpreventie. Deze cursus wordt op grote schaal georganiseerd vanuit de afdeling Preventie van ggz-instellingen in Nederland.

In een recente gerandomiseerde effectstudie (Meulenbeek e.a., 2010), werd gevonden dat aan de cursus 'Geen paniek' mensen deelnemen die niet voldoen aan de criteria voor een paniekstoornis (53,9% van de 217 deelnemers), maar ook mensen die wel al voldoen aan de criteria voor een (milde) paniekstoornis (met of zonder agorafobie; 46,1% van de deelnemers). In die zin is deze cursus niet alleen preventief, maar ook (vroeg) curatief. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat de cursus effectief is in het verminderen van panieklachten. Voor de mensen zonder een paniekstoornis halveerde het risico op het krijgen van een paniekstoornis in de komende drie maanden onder invloed van de interventie. Ook bleek uit dit onderzoek dat de cursus grote effecten (effectgrootte Cohen's $d = 0,68$ op een schaal die de ernst van panieklachten meet) had op de angstklachten en dat de effecten op langere termijn (zes maanden na de cursus) bleven bestaan.

Een andere interessante mogelijkheid van preventie van paniekaanvallen werd onderzocht door Swinson en collega's (1992). Zij richtten zich op mensen die zich hadden gemeld bij een afdeling Spoedeisende Hulp (SEH), geen lichamelijke aandoening hadden (ter plekke vastgesteld door een arts), maar wel paniekaanvallen hadden. Van deze mensen bleek ongeveer 40% te voldoen aan de DSM-criteria voor een paniekstoornis met agorafobie. Alle betrokkenen werden at random toegewezen aan een experimentele conditie waarin uitleg werd gegeven over de principes van exposure en hoe dit toe te passen, of aan een controlegroep die alleen te horen kreeg dat er geen sprake was van een lichamelijke aandoening. Na zes maanden bleek het aantal paniekaanvallen in de controlegroep ongeveer gelijk gebleven te zijn, terwijl er in de experimentele groep een sterke en significante daling was opgetreden.

Het meeste onderzoek rond preventie van angststoornissen is gericht op de paniekstoornis. In één recente studie is ook gekeken naar de mogelijkheden van preventie van gegeneraliseerde angststoornis (Higgins e.a., 2008). Studenten die hoog scoorden op een zelfrapportage lijst van piekeren werden gerandomiseerd over een groep die een workshop aangeboden kreeg of een groep die geen extra interventie kreeg. In de workshop leerden de studenten diverse cognitief-gedragstherapeutische technieken (zelf-monitoring; cognitieve herstructurering; progressieve spierontspanningsoefeningen; exposure; problem-solving). Een jaar later bleek dat in de interventiegroep slechts 3% van de respondenten een gegeneraliseerde angststoornis had ontwikkeld tegenover 14% in de controlegroep.

6 Discussie

In dit hoofdstuk zagen we dat er verschillende vormen van preventie van angststoornissen zijn, maar dat het onderzoek op dit terrein beperkt is. Het meeste onderzoek is uitgevoerd rond preventie van de paniekstoornis. Hieruit komt naar voren dat preventie van paniekstoornis als veelbelovend is te karakteriseren. Naar preventie van andere angststoornissen dan paniek is nauwelijks onderzoek gedaan. Het is duidelijk dat daar nog veel werk verricht dient te worden. In de Nederlandse preventiepraktijk wordt de cursus 'Geen paniek' veel uitgevoerd. Dat is een goede zaak omdat we dit inmiddels een evidence-based interventie kunnen noemen en het een belangrijk effect kan hebben op de volksgezondheid in Nederland. Naast deze cursus bestaan er ook diverse andere interventies die doorgaans gebaseerd zijn op cognitief-gedragstherapeutische technieken en gericht zijn op meerdere stoornissen. Voorbeelden hiervan zijn 'Angstige gevoelens? Zelf aan de slag!' (Van Mierlo e.a., 2004), een schriftelijke zelfhulp cursus voor mensen met lichte tot matige angstklachten, en 'Angst de baas' (Timmermans, 2004), een groepscursus voor mensen met lichte tot matige klachten rondom paniek, sociale fobie en gegeneraliseerde angst. Of dergelijke interventies effectief zijn is niet bekend omdat er geen effectonderzoek naar is uitgevoerd.

Naast gezondheidswinst kan preventie van angststoornissen ook winst in economische zin opleveren. Vroeg ingrijpen kan mogelijk voorkomen dat mensen met angstklachten een chronische angststoornis ontwikkelen met hoge economische kosten. Studie naar kosteneffectiviteit van preventieve interventies is daarom van belang. Een eerste economische evaluatie van de interventie 'Geen Paniek' (Smit e.a., 2009) laat zien dat de interventie mogelijk kosteneffectief is in het voorkomen van de ontwikkeling van een paniekstoornis.

Mensen met lichte tot matige angstklachten zijn meestal terughoudend in het zoeken naar hulp. Hoewel het dagelijks functioneren negatief wordt beïnvloed door de klachten, ervaren zij de stap naar de hulpverlening vaak als te groot. Onbekendheid met de hulpverleningsmogelijkheden en schaamte spelen hierin vaak een rol. Een diversiteit aan laagdrempelige en effectieve preventieve interventies op zowel universeel, selectief als geïndiceerd niveau, kan het bereik van de doelgroep en de gezondheidswinst vergroten. Nieuwe ontwikkelingen op het gebied van preventie, zoals interventies via internet, kunnen ertoe bijdragen dat er een goede match plaatsvindt tussen vraag en aanbod. Verder kan onderzoek naar risicofactoren op het ontstaan van angststoornissen behulpzaam zijn in de selectie van de groep mensen met de grootste kans op het ontwikkelen van een angststoornis op wie preventieve interventies zich vooral zouden kunnen richten.

Al met al kunnen we concluderen dat preventie van angststoornissen nog in de kinderschoenen staat. Er is veel meer onderzoek nodig om dit veld verder tot ontwikkeling te brengen. Vanwege het volksgezondheidsbelang van angststoornissen zou dit veel meer prioriteit verdienen.

Literatuur

Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., & Lapsley, H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: Comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British journal of psychiatry*, 184, 526-533.

Cuijpers, P., Straten, depressive disorder. *psychiatry*, 165, 1
Gardenschwartz, C.
Higgins, D.M., & He
prevention of ge
Maltby, N., Mayers,
research. *Journa*
Meijer, S.A., Smit, F.
stoornissen. *Bilt*
Meulenbeek, P., He
cursusmap: *Gee*
Meulenbeek, P., Wi
intervention in
326-331.
Mierlo, C. van, Ake
Zelfhulp cursus
Mrazek, P.J., & Hag
intervention re
Peterson, C., Semr
Attributional S
Plassche, H. van de
angst/depressie
Schmidt, N.B., Egg
Anxiety Sensit
targeting cogn
Seligman, M. E. P.,
Journal of abn
Seligman, M.E.P., S
and anxiety. *P*
prevention/vo
Seligman, M.E.P., S
symptoms. *Be*
Smit, F., Cuijpers,
common men
health policy c
Smit, F., Willemse
Preventing pa
Cost effectiver
Swinson, R.P., Sou
panic attacks.
Timmermans, J.J.
'Angst de baa

- Cuijpers, P., Straten, A. van, Smit, F., Mihalopoulos, C., & Beekman, A. (2008). Preventing the onset of depressive disorders: A meta-analytic review of psychological interventions. *American journal of psychiatry*, 165, 1272-1280.
- Gardenschwartz, C.A., & Craske, M.G. (2001). Prevention of panic disorder. *Behavior therapy*, 32, 725-737.
- Higgins, D.M., & Hecker, J.E. (2008). A randomized trial of brief cognitive-behavioral therapy for prevention of generalized anxiety disorder. *Journal of clinical psychiatry*, 69, 1337.
- Maltby, N., Mayers, M.F., Allen, G.J., & Tolina, D.F. (2005). Anxiety sensitivity: stability in prospective research. *Journal of anxiety disorders*, 19, 708-716.
- Meijer, S.A., Smit, F., & Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen*. Bilthoven: RIVM.
- Meulenbeek, P., Herzmanatus, J., Smit, F., Willemse, G., & Zanden, R. van der (2005). *Draaiboek en cursusmap: Geen Paniek, leren omgaan met panieklachten*. Utrecht: Trimbos-instituut/GGNet.
- Meulenbeek, P., Willemse, G., Smit, F., Balkom, A. van, Spinhoven, P., & Cuijpers, P. (2010). Early intervention in panic: A pragmatic randomised controlled trial. *British journal of psychiatry*, 196, 326-331.
- Mierlo, C. van, Aken, C. van, Krale, A., Mederna, K., Plassche, H. van de, & Zoest, H. van (2004). *Zelfhulp cursus Angstige gevoelens? Zelf aan de slag!*. Zeist: Altrecht Preventie.
- Mrazek, P.J., & Haggerty, R. (red.) (1994). *Reducing risks of mental disorder: Frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press.
- Peterson, C., Semmel, A., Baeyer, C. von, Abramson, L.T., Metalsky, G., & Seligman, M.E.P. (1982). The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive therapy and research*, 6, 287-300.
- Plassche, H. van de (2004). *Evaluatierapport project Kopzorgen. Interventie voor mensen met milde angst/depressieklachten en professionals in Wijk bij Duurstede*. Utrecht: Altrecht Preventie.
- Schmidt, N.B., Eggleston, A.M., Woolaway-Bickel, K., Fitzpatrick, K.K., Vasey, M.W., & Richey, J.A. (2007). Anxiety Sensitivity Amelioration Training (ASAT): A longitudinal primary prevention program targeting cognitive vulnerability. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 302-319.
- Seligman, M. E. P., Abramson, L.Y., Semmel, A., & Baeyer, C. von (1979). Depressive attributional style. *Journal of abnormal psychology*, 88, 242-247.
- Seligman, M.E.P., Schulman, P., DeRubeis, R.J., & Hollon, S.D. (1999). The prevention of depression and anxiety. *Prevention & treatment*, 2, Article 8. [online journal; url = <http://journals.apa.org/prevention/volume2/pre0020008a.html>]
- Seligman, M.E.P., Schulman, P., & Tryon, A.M. (2007). Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behaviour research and therapy*, 45, 1111-1126.
- Smit, F., Cuijpers, P., Oostenbrink, J., Batelaan, N., Graaf, R. de, & Beekman, A. (2006). Costs of nine common mental disorders: Implications for curative and preventive psychiatry. *Journal of mental health policy and economics*, 9, 193-200.
- Smit, F., Willemse, G., Meulenbeek, P., Koopmanschap, M., Balkom, A. van, Spinhoven, P., e.a. (2009). Preventing panic disorder: Cost-effectiveness analysis alongside a pragmatic randomised trial. *Cost effectiveness and resource allocation*, 7:8. <http://www.resource-allocation.com/content/7/1/8>.
- Swinson, R.P., Soulios, C., Cox, B.J., & Kuch, K. (1992). Brief treatment of emergency room patients with panic attacks. *American journal of psychiatry*, 149, 944-946.
- Timmermans, J.J.M. (2004). *Cursus 'Angst de baas'. Cursusmap volwassenen* [Gebaseerd op de cursus 'Angst de baas 55+']. Delft: GGZ Delfland.